Richtlijnen voor de behandeling van alcoholproblemen

Samenvatting van de aanbevelingen

Gebaseerd op 'Guidelines for the treatment of alcohol problems. Summary of recommendations.' (2009) ontwikkeld door 'the Australian Government Department of Health and Ageing'

VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel vad@vad.be | www.vad.be

Colofon

Vertaling

Vertaalbureau Alfabet
VAD

Verantwoordelijke uitgever

F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Met de steun van het Fonds tot bestrijding van de verslavingen

INLEIDING

De oorspronkelijke richtlijn werd zo getrouw mogelijk vertaald.[1] *VAD is dan ook niet verantwoordelijk voor de inhoud van deze richtlijn.*

Deze kernaanbeveling werd vertaald in het kader van het project ‘Kwaliteitsbevordering in de Verslavingszorg’, gesubsidieerd door het fonds ter bestrijding van verslavingen.

In deze publicatie vindt u een vertaling van de kernaanbevelingen horend bij de richtlijn ‘Guidelines for the treatment of alcohol problems’ die ontwikkeld werd door ‘the Australian Government Department of Health and Ageing’

De kernaanbevelingen kan gezien worden als een samenvatting van bovenstaande richtlijnen. De kernaanbevelingen zijn op duidelijke en gestructureerde wijze aangeboden. Indien u graag uitgebreidere informatie wil kan u deze vinden in de oorspronkelijke richtlijn.

[1] Bron: *‘Guidelines for the treatment of alcohol problems. Summary of recommendations.’ (2009) Department of Health and Ageing. Sydney*

KERNAANBEVELINGEN

Screening			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
3.1	Screening op risiconiveaus van alcoholgebruik en geschikte interventiesystemen zouden in de huisartsenpraktijk en in spoeddiensten op grote schaal moeten worden toegepast.	**A**	**Ia**
3.2	Screening op risiconiveaus van alcoholgebruik en geschikte interventiesystemen zouden in ziekenhuizen op grote schaal moeten worden toegepast.	**D**	**IV**
3.3	Screening op risiconiveaus van alcoholgebruik en geschikte interventiesystemen zouden in het algemeen welzijnswerk en de eerstelijnsgezondheidszorg op grote schaal moeten worden toegepast.	**D**	**IV**
3.4	Screening op risiconiveaus van alcoholgebruik en geschikte interventiesystemen zouden op werkplekken waar gebruik van alcohol een hoog veiligheidsrisico inhoudt op grote schaal moeten worden toegepast.	**D**	**IV**
3.5	AUDIT is het meest precieze screeninginstrument dat tegenwoordig beschikbaar is en aanbevolen wordt voor gebruik bij de algemene bevolking.	**A**	**I**
3.6	Bij zwangere vrouwen is een hoeveelheid- en frequentieschatting aanbevolen om alle alcoholgebruik op te sporen. Bij deze bevolkingsgroep kunnen de vragenlijsten T-ACE en TWEAK worden gebruikt om alcoholgebruik op te sporen op niveaus die voor de foetus een beduidend risico van alcoholgerelateerde schade kunnen inhouden.	**D**	**IV**
3.7	Rechtstreekse metingen van alcohol in de adem en/of het bloed kunnen nuttige markers zijn van een recent gebruik en voor de beoordeling van intoxicatie.	**D**	**II**

3.8	Indirecte biologische markers (leverfunctietests of koolhydraatdeficiënte transferrine) mogen alleen als aanvulling op andere screeningmaatregelen worden gebruikt, aangezien ze een lagere sensitiviteit en specificiteit hebben voor de opsporing van risicopersonen dan gestructureerde vragenlijsten zoals de AUDIT.	**A**	**Ia**

Uitgebreide assessment			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
3.9	Het assessment moet het volgende bevatten: een interview met de patiënt, gestructureerde vragenlijsten, een lichamelijk onderzoek, klinische onderzoeken en relevante anamnestische gegevens. De lengte van het assessment moet worden afgewogen tegen de noodzaak om de patiënt in behandeling te houden en de onmiddellijke noden te behandelen.	**D**	**IV**
3.10	Er moet een kwantitatieve voorgeschiedenis van het alcoholgebruik worden opgemaakt.	**A**	**I**
3.11	De motivatie om het gedrag te veranderen moet worden beoordeeld aan de hand van rechtstreekse vraagstelling, hoewel een duidelijk uitgedrukte motivatie slechts een beperkte impact heeft op het resultaat van de behandeling.	**B**	**II**
3.12	Het assessment van de alcoholgerelateerde problemen van de patiënt, de diagnose en de ernst van de afhankelijkheid moeten worden opgetekend.	**S**	**-**
3.13	Er moet stelselmatig een assessment van de alcoholgerelateerde lichamelijke gezondheidsproblemen worden uitgevoerd. Een arts moet patiënten onderzoeken die een risico op lichamelijke gezondheidsproblemen lopen.	**S**	**-**
3.14	Er moet stelselmatig een assessment van de geestelijke gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld angst, depressiesymptomen en zelfmoordrisico, worden uitgevoerd, evenals een onderzoek van de geestelijke gezondheidstoestand. Een doorverwijzing naar een specialist voor verder onderzoek kan nodig zijn indien er een vermoeden van ernstige psychiatrische problemen bestaat.	**S**	**-**
3.15	Een screening op cognitieve dysfuncties moet worden uitgevoerd indien de clinicus vermoedt dat de patiënt aan een cognitieve stoornis lijdt. Een doorverwijzing naar een klinische psycholoog of een neuropsycholoog voor verder onderzoek kan aangewezen zijn. De noodzaak van een formele cognitieve evaluatie wordt normalerwijze uitgesteld	**S**	**-**

	tot de patiënt een aantal weken abstinent is.		
3.16	Verslagen van andere behandelaars moeten in de beoordeling worden opgenomen wanneer inconsistenties waarschijnlijk lijken, indien mogelijk met de toestemming van de patiënt en met inachtneming van de wettelijke en ethische grenzen.	**S**	**-**
3.17	De sociale ondersteuning van de patiënt moet worden beoordeeld en die informatie moet in het behandelplan worden opgenomen.	**S**	**-**
3.18	Clinici moeten bepalen of de patiënt de zorg heeft over kinderen van minder dan 16 jaar en de gerechtelijke richtlijnen volgen indien er twijfels bestaan over het welzijn van de kinderen.[2]	**S**	**-**
3.19	Indien wordt vermoed dat de veiligheid van de patiënt of anderen in gevaar is of bij een aanhoudende bezorgdheid daarover, is het aangeraden om het advies van een specialist in te winnen.	**S**	**-**

[2] *nvdr:opgemaakt vanuit Australische juridische context*

Assessment			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
3.20	Het assessment moet leiden tot een duidelijk, wederzijds aanvaardbaar en uitgebreid behandelplan dat specifieke interventies omvat om aan de noden van de patiënt tegemoet te komen.	**D**	**IV**
3.21	De patiënten moeten betrokken worden in het formuleren van behandeldoelen en het behandelplan.	**A**	**I**
3.22	De behandelplannen moeten aangepast worden naargelang de herbeoordelingen en de respons op de interventies (stepped-care).	**S**	**-**
3.23	Er moet een evidence-based behandeling worden aangeboden in een klinische setting met geschikte middelen die op de noden van de patiënt zijn afgestemd.	**S**	**-**
3.24	Alcoholafhankelijkheid is een chronische stoornis waarin de patiënten terugvallen. Langetermijnzorg is dus doorgaans het meest geschikt, met zelfhulpprogramma's, eerstelijnszorg of andere ingrepen die voor de patiënt aanvaardbaar zijn.	**S**	**-**

Kortdurende interventies			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
4.1	Kortdurende interventies zijn efficiënt om het alcoholgebruik te verminderen bij personen met riskant alcoholgebruik en bij niet-afhankelijke drinkers die alcoholgerelateerde schade ervaren, zij moeten aan deze groepen dus stelselmatig worden aangeboden.	**A**	**Ia**
4.2	Kortdurende interventies zijn niet aanbevolen voor mensen met ernstigere alcoholproblemen of een alcoholafhankelijkheid.	**A**	**Ib**
4.3	Kortdurende interventies kunnen bestaan uit de vijf componenten van de afkorting FLAGS: feedback, luisteren, advies, goals (doelen) en strategieën (of gelijkwaardig).	**A**	**Ia**
4.4	Kort advies kan volstaan voor mensen die meer drinken dan de aanbevelingen van de NHMRC, maar er geen nadelen van ondervinden.[3]	**S**	**-**
4.5	Kortdurende interventies moeten worden toegepast in de huisartsenpraktijk en in andere eerstelijnssettings.	**A**	**1a**
4.6	Kortdurende interventies moeten worden toegepast in spoeddiensten.	**A**	**1a**
4.7	Kortdurende interventies moeten worden toegepast in algemene ziekenhuizen.	**D**	**IV**
4.8	Kortdurende interventies kunnen worden gebruikt in het algemeen welzijnswerk maar mogen niet de enige strategie zijn.	**D**	**IV**
4.9	Korte interventies kunnen worden gebruikt op werkplekken waar alcoholgebruik grote veiligheidsrisico's inhoudt, maar mogen niet de enige strategie zijn.	**D**	**IV**

[3] *nvdr:opgemaakt vanuit Australische context Vlaamse richtlijnen: Http://www.vad.be/media/42975/richtlijnen_voor_aanvaardbaar_alcoholgebruik_definitie%20bingedrinken.pdf*

Alcoholontwenning: assessment en behandelplan			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
5.1	Het risico van ernstige alcoholontwenning moet worden beoordeeld op basis van het huidige drinkpatroon, de ervaringen met ontwenning uit het verleden, gecombineerd middelengebruik en lichamelijke- en psychiatrische comorbiditeit.	**B**	**II**
5.2	Een succesvolle alcoholontwenning is niet voldoende om terugval te voorkomen. Bijkomende interventies zullen nodig zijn om een stopzetting of vermindering van het alcoholgebruik op lange termijn te realiseren.	**A**	**Ia**
5.3	Realistische doelen van clinici, patiënten en hun verzorgers bij een behandeling in geval van alcoholontwenning zijn onder andere: een patroon van zwaar en regelmatig alcoholgebruik doorbreken, de ontwenningssymptomen verlichten, ernstige complicaties bij de ontwenning voorkomen, contacten met een voortgezette behandeling voor alcoholafhankelijkheid faciliteren, hulp verlenen bij eender welke andere problemen (bijvoorbeeld huisvesting, werkgelegenheidsdiensten).	**D**	**IV**
5.4	Ambulante ontwenning is geschikt voor personen met milde tot middelmatige te verwachten ontwenningsverschijnselen, een veilige 'thuisomgeving' en sociale ondersteuning, geen geschiedenis van ernstige complicaties bij de ontwenning en geen ernstige begeleidende medische, psychiatrische of andere stoornissen in middelengebruik.	**D**	**IV**
5.5	Residentiële ontwenning is aangewezen voor personen met middelmatige tot ernstige te verwachten ontwenningsverschijnselen, een geschiedenis van ernstige complicaties bij de ontwenning, ontwenning van meerdere middelen, geen veilige omgeving of sociale ondersteuning, herhaalde mislukte ambulante ontwenningspogingen en geen ernstige medische of psychiatrische comorbiditeit.	**D**	**IV**

5.6	Behandeling met opname in een ziekenhuis is aangewezen voor mensen met ernstige complicaties bij de ontwenning (zoals delirium of insulten met een ongekende oorzaak) en/of een ernstige medische of psychiatrische comorbiditeit.	**S**	**-**
5.7	Liaisondiensten die advies en overleg aanbieden in verband met medicijnen tegen afhankelijkheid moeten in de ziekenhuizen beschikbaar zijn om te helpen bij de beoordeling, het beheer en de planning van het ontslag uit het ziekenhuis.	**S**	**-**

Opvolging van de ernst van detoxificatie			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
5.8	Patiënten die een detoxificatiekuur volgen moeten regelmatig worden opgevolgd om de lichamelijke tekenen, de ernst van de symptomen van alcoholontwenning en de algemene toestand tijdens de ontwenning op te volgen.	**S**	**-**
5.9	Beoordelingsschalen voor alcoholontwenning (CIWA-Ar, AWS) kunnen worden gebruikt om de ernst van de ontwenningsverschijnselen te beoordelen, de behandeling te sturen (bijvoorbeeld "symptom-triggered" (van de symptomen afhankelijke) medicatieregimes) en de communicatie tussen clinici te ondersteunen. Ze mogen echter niet als diagnostische instrumenten worden gebruikt.	**A**	**Ia**
5.10	Beoordelingsschalen voor alcoholontwenning mogen niet worden gebruikt om de behandeling te sturen wanneer patiënten tegelijk een ontwenningskuur voor andere middelen volgen of wanneer er een significante medische of psychiatrische comorbiditeit is. Gezondheidsprofessionals moeten een clinicus raadplegen die gespecialiseerd is in drugs en alcohol om te weten hoe de opvolging en het beheer van de ontwenning moeten worden aangepakt.	**B**	**Ib**
5.11	Scores op beoordelingsschalen voor alcoholontwenning zijn niet altijd reproduceerbaar en moeten worden gecontroleerd alvorens ze worden gebruikt om beslissingen te nemen over hoe een patiënt moet worden behandeld.	**S**	**-**

Ondersteuning tijdens de detoxificatie			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
5.12	Patiënten (en hulpverleners) moeten informatie krijgen over de te verwachten aard en het verloop van de alcoholontwenning en over strategieën om met gebruikelijke symptomen en met "craving" (de extreme behoefte om opnieuw alcohol te drinken) om te gaan.	**C**	**III**
5.13	De behandeling moet gebeuren in een omgeving die rustig, prikkelarm en niet-bedreigend is en waar alcohol en andere drugs niet verkrijgbaar zijn.	**S**	**-**
5.14	Er moet counseling worden aangeboden om de motivatie te behouden, strategieën aan te reiken om met de symptomen om te gaan en situaties met een hoog risico te beperken.	**D**	**III**
5.15	Clinici moeten voor zorgen voor een passende orale rehydratatie. Intraveneuze vloeistoffen kunnen noodzakelijk zijn bij ernstige dehydratatie en/of bij personen die geen orale vloeistoffen verdragen.	**S**	**-**

Profylaxe van het syndroom van Wernicke			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
5.16	Aan alle patiënten die een alcoholontwenningskuur volgen, moet thiamine worden toegediend om het optreden van het syndroom van Wernicke te vermijden.	**D**	**IV**
5.17	Thiamine moet worden toegediend vóór er koolhydraten (zoals intraveneuze glucose) worden gegeven, aangezien koolhydraten een snel verbruik of een afbraak van thiamine kunnen veroorzaken en de encefalopathie van Wernicke kunnen versnellen.	**D**	**III**
5.18	Aan gezonde patiënten met een goede voedselinname moet oraal 300 mg thiamine per dag worden toegediend gedurende 3 tot 5 dagen, met daarna 100 mg orale thiamine gedurende nog eens 4 tot 9 dagen (dus in totaal moet thiamine gedurende 1 tot 2 weken worden toegediend).	**D**	**IV**
5.19	Aan chronische drinkers die weinig eten en een zwakke voedingstoestand hebben, moeten parenteraal (intramusculair of intraveneus) thiaminedoses van 300 mg per dag worden toegediende gedurende 3 tot 5 dagen, met daarna orale thiaminedoses van 300 mg per dag gedurende verscheidene weken. Voor intramusculaire toediening mag niet worden gekozen bij patiënten met coagulopathie.	**D**	**Ib**
5.20	Thiaminesupplementen moeten blijvend worden toegediend aan alcoholafhankelijke patiënten die alcohol blijven drinken.	**S**	**-**
5.21	Sedativa (bijvoorbeeld benzodiazepines) mogen niet meer worden toegediend na de eerste week na de ontwenning. Gedragstherapie moet worden aangemoedigd om de angst en de slaapproblemen beter te kunnen aanpakken.	**D**	**IV**
5.22	Clinici moeten bij de behandeling van de ontwenning de contacten vergemakkelijken met diensten die behandelingen na de ontwenningsperiode aanbieden.	**D**	**III**

Gebruik van benzodiazepines tijdens de aanpak van alcoholontwenning			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
5.23	Benzodiazepines zijn het aanbevolen geneesmiddel voor de aanpak van alcoholontwenning. In Australië wordt diazepam aanbevolen als de 'gouden standaard' en als eerstelijnsbehandeling, wegens zijn snelle werking, lange halfwaardetijd en bewezen effectiviteit.	**A**	**Ia**
5.24	Benzodiazepines met een kortere werkingstijd (lorazepam, oxazepam, midazolam) kunnen aangewezen zijn, wanneer de clinicus zich zorgen maakt over de accumulatie en de te sederende werking van diazepam, bijvoorbeeld bij ouderen, ernstige leverziekten, een recente hoofdwonde, ademhalingsinsufficiëntie, patiënten met obesitas of als de diagnose onduidelijk is.	**D**	**III**
5.25	Benzodiazepines mogen na de eerste week niet meer worden toegediend bij een alcoholontwenningskuur wegens het gevaar van reboundverschijnselen en afhankelijkheid.	**D**	**III**
5.26	Diazepam moet worden toegediend in een behandelingsstrategie die gebaseerd is op de symptomen (symptom-triggered), in residentiële omgevingen waar de ontwenning wordt behandeld en aan personen die geen bijkomende medische of psychiatrische stoornissen of stoornissen in middelengebruik hebben.	**B**	**Ia**
5.27	Diazepam moet worden toegediend in een opbouwschema (20 mg 2 maal per uur tot 60 tot 80 mg of lichte sedatie) bij patiënten met een voorgeschiedenis van ernstige complicaties bij de ontwenning (epileptisch insult, delirium), bij patiënten die ernstige alcoholontwenningsverschijnselen vertonen en/of ernstige complicaties bij de ontwenning (bijvoorbeeld delirium, hallucinaties, epileptisch insult na de ontwenning).	**B**	**Ib**

5.28	Diazepam moet in een vaste dosis worden toegediend in ambulante omgevingen of aan personen met bijkomende medische of psychiatrische stoornissen of stoornissen in middelengebruik.	**C**	**Ib**

Alternatieve and symptomatische medicatie in de behandeling van alcoholontwenning			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
5.29	Carbamazepine is veilig en efficiënt als alternatief voor benzodiazepines, alhoewel het middel niet doeltreffend is om verdere epileptisch insulten te vermijden in dezelfde ontwenningsepisode.	**A**	**Ia**
5.30	Fenotoïne en valproaat zijn niet effectief in het voorkomen van epileptisch insult bij alcoholontwenning en niet aanbevolen voor de behandeling ervan.	**A**	**Ia**
5.31	Nieuwere anticonvulsiva (bijv. gabapentine) zijn in deze fase niet aanbevolen wegens het beperkte klinische bewijs.	**D**	**IV**
5.32	De toevoeging van anticonvulsiva aan benzodiazepines voor de behandeling van alcoholontwenning biedt geen voordelen.	**A**	**Ia**
5.33	Anticonvulsiva moeten verder worden toegediend aan patiënten die deze medicatie regelmatig nemen (bijvoorbeeld voor epilepsie die niets te maken heeft met alcoholontwenning).	**S**	**-**
5.34	Antipsychotische medicatie mag enkel worden gebruikt als aanvullend middel bij een geschikte benzodiazepinetherapie voor hallucinaties of delirium met agitatie. Ze mag niet worden gebruikt als enige medicatie bij ontwenning.	**A**	**Ia**
5.35	Antihypertensiva (bètablokkers) moeten worden gebruikt voor de behandeling van extreme hypertensie (verhoogde bloeddruk) die niet heeft gereageerd op passende doses diazepam bij alcoholontwenning.	**D**	**IV**
5.36	Een aantal symptomatische geneesmiddelen kunnen worden gebruikt om specifieke symptomen te behandelen (bijvoorbeeld paracetamol voor hoofdpijn, anti-braakmiddelen (anti-emetica), anti-	**D**	**IV**

	diarreemiddelen).		
5.37	Elektrolytvervanging kan nodig zijn als bijkomende behandeling voor patiënten met afwijkende elektrolytwaarden (zoals hypomagnesiëmie (magnesiumtekort), hypokaliëmie (kaliumtekort). Hyponatriëmie (natriumtekort) mag niet op een agressieve manier worden gecorrigeerd wegens het risico van centrale pontiene myelinolyse.	**S**	**-**
5.38	Chloormethiazol, barbituraten, alcohol, bètablokkers, clonidine en gammahydroxyboterzuur (GHB) zijn niet aanbevolen voor de normale behandeling bij alcoholontwenning.	**A**	**Ia**

Behandeling van epileptisch insult bij alcoholontwenning			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
5.39	Epileptische insulten bij alcoholontwenning mogen alleen worden behandeld indien het klinische beeld typisch is voor insulten bij alcoholontwenning, er geen andere oorzaken van insulten worden vermoed en de patiënt een voorgeschiedenis van insulten na alcoholontwenning heeft. In alle andere gevallen is een grondig onderzoek noodzakelijk.	**B**	**II**
5.40	Zware drinkers met insulten waarvan de oorzaak niet is gekend, moeten in het ziekenhuis worden opgenomen en ten minste 24 uren worden geobserveerd. Die onderzoeken omvatten biochemische tests en MR neuro-imaging, eventueel ook een EEG.	**C**	**III**
5.41	De toediening van benzodiazepines (diazepam, lorazepam) en een strikte opvolging gedurende ten minste 24 uren zijn aanbevolen na epileptisch insulten door alcoholontwenning.	**A**	**Ia**
5.42	Anti-epileptica zijn niet doeltreffend om verdere epileptisch insult te vermijden in dezelfde ontwenningsperiode.	**A**	**Ia**
5.43	Een langetermijnbehandeling met anti-epileptica is niet aanbevolen om verdere insulten bij alcoholontwenning te vermijden.	**D**	**IV**

Behandeling van een delirium door alcoholontwenning			
		Sterkte van de aanbeveling	Niveau van evidentie
5.44	Bij een delirium door alcoholontwenning zijn een opname in het ziekenhuis, een medische evaluatie en een strikte opvolging vereist.	**A**	**I**
5.45	De patiënt moet worden gevolgd in een rustige omgeving met een minimale sensorische stimulatie.	**C**	**III**
5.46	Dehydratatie en de verstoring van het elektrolytevenwicht moeten worden gecorrigeerd.	**S**	**-**
5.47	Er moeten benzodiazepines worden gebruikt om een lichte sedatie teweeg te brengen. De voorkeursbehandeling bestaat erin om diazepam of lorazepam oraal toe te dienen tot het gewenste effect is bereikt. De intraveneuze toediening van diazepam of midazolam kan worden gebruikt indien een snelle sedatie nodig is.	**A**	**1a**
5.48	Antipsychotische geneesmiddelen moeten worden gebruikt om de agitatie na de alcoholontwenning onder controle te houden als bijkomend middel naast (en niet in plaats van) adequate doses benzodiazepines.	**A**	**1a**

Beoordeling en behandeling van het syndroom van Wernicke			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
5.49	Clinici moeten overwegen om MR contrast neuro-imaging te gebruiken indien de diagnose van het syndroom van Wernicke niet klinisch is vastgesteld	**D**	**III**
5.50	Alle patiënten die eender welke symptomen van het syndroom van Wernicke vertonen, moeten worden behandeld net alsof het syndroom van Wernicke werd vastgesteld.	**D**	**III**
5.51	Alle patiënten voor wie een vermoeden van het syndroom van Wernicke bestaat, moeten worden behandeld met hoge doses parenterale thiamine (minstens 500 mg per dag) gedurende ten minste 3 tot 5 dagen. Een intramusculaire toediening mag niet worden gebruikt voor patiënten met coagulopathie. Daarna moeten gedurende verscheidene weken orale thiaminedoses van 300 mg per dag worden toegediend.	**D**	**III**
5.52	Bij patiënten van wie wordt vermoed dat ze het syndroom van Wernicke hebben, moet de hypomagnesiëmie eerst worden verholpen alvorens thiaminesupplementen werkzaam kunnen zijn.	**D**	**III**

Psychosociale interventies bij alcoholgerelateerde stoornissen			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
6.1	Een stepped-care aanpak is aanbevolen als raamwerk voor de keuze van psychosociale interventies, die de beoordeling, opvolging en uitvoering van een behandelingsplan, een regelmatige beoordeling van de vooruitgang en een toename van de intensiteit van de interventie omvat indien er geen positieve respons is op de behandeling.	**D**	**IV**
6.2	Motivationele interviewtechnieken kunnen worden gebruikt als eerstelijns- of als alleenstaande behandeling, of als aanvulling op andere behandelingstechnieken voor de aanpak van de ambivalente gevoelens van patiënten over de verandering van hun drinkgedrag of andere gedragingen.	**A**	**Ia**
6.3	Zelfcontrole-technieken kunnen worden aanbevolen als behandelingsstrategie voor mensen die niet of slechts zeer weinig afhankelijk zijn en wanneer de patiënt en de clinicus het erover eens zijn dat het matigen van het alcoholgebruik een aangewezen doelstelling is.	**A**	**Ib**
6.4	Training van coping-vaardigheden is aanbevolen voor personen die de nodige vaardigheden niet blijken te hebben om abstinent te worden en te blijven.	**A**	**Ib**
6.5	Cue exposure kan, in combinatie met andere psychosociale interventies, doeltreffend zijn om alcoholafhankelijkheid te behandelen.	**A**	**Ib**
6.6	Gedragstherapeutische partnerrelatietherapie die zich toelegt op het drinkgedrag als het probleem, kan de effecten op het drinkgedrag na een behandeling verbeteren en moet door een goed opgeleide clinicus worden gegeven.	**A**	**Ib**
6.7	Psychosociale terugvalpreventiestrategieën zijn aanbevolen voor alle patiënten die matig tot zwaar alcoholafhankelijk zijn.	**A**	**Ib**

6.8	Psychosociale terugvalpreventiestrategieën worden het best toegepast zodra de acute ontwenningssymptomen afgenomen zijn.	**C**	**III**
6.9	Residentiële revalidatieprogramma’s kunnen efficiënt zijn voor patiënten met een matige tot ernstige afhankelijkheid die voor hun behandeling een gestructureerde residentiële omgeving nodig hebben	**D**	**IV**

Farmacotherapieën voor alcoholafhankelijkheid			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
7.1	Farmacotherapie moet voor alle alcoholafhankelijke patiënten in aanmerking worden genomen, in combinatie met psychosociale ondersteuningsmaatregelen.	**A**	**Ia**
7.2	Naltrexone is aanbevolen als preventiemiddel tegen een terugval voor alcoholafhankelijke patiënten.	**A**	**Ia**
7.3.	Naltrexone is niet geschikt voor mensen die afhankelijk zijn van opioïden of die opioïden als pijnstillend middel gebruiken bij een pijnstoornis	**S**	**-**
7.4	Met de toediening van naltrexone moet zo snel mogelijk na afloop van de ontwenning (normaal 3 tot 7 dagen na de laatste alcoholische drank) worden gestart.	**A**	**Ib**
7.5	Naltrexone wordt normaal gedurende minstens 3 tot 6 maanden ingenomen.	**D**	**IV**
7.6	Acamprosaat is aanbevolen als preventiemiddel tegen een terugval voor alcoholafhankelijke patiënten.	**A**	**Ia**
7.7	Met de toediening van acamprosaat moet zo snel mogelijk na afloop van de ontwenning (normaal 3 tot 7 dagen na de laatste alcoholische drank) worden gestart.	**A**	**Ib**
7.8	Acamprosaat wordt normaal gedurende minstens 3 tot 6 maanden ingenomen.	**D**	**IV**
7.9	Disulfiram is aanbevolen voor alcoholafhankelijke patiënten die van nabij worden gevolgd, gemotiveerd zijn om met hun alcoholgebruik te stoppen en geen contra-indicaties vertonen.	**A**	**Ia**
7.10	Disulfiram wordt normaal gedurende minstens 3 tot 6 maanden ingenomen.	**D**	**IV**
7.11	Een aantal geneesmiddelen lijken veelbelovend om de terugval in alcoholgebruik te verminderen (onder	**B**	**II**

	andere topiramaat, gabapentine, baclofen, aripiprazol); er is echter nog verder onderzoek nodig en ze zijn op dit ogenblik niet aanbevolen als eerstelijnsopties.		
7.12	Benzodiazepines en antidepressiva zijn niet aanbevolen om de terugval in alcoholafhankelijkheid te vermijden.	**B**	**II**
7.13	Het strikt volgen van het geneesmiddelenplan (medicatietrouw) kan worden verbeterd door gebruik te maken van strategieën die hier specifiek op focussen.	**B**	**Ia**

Zelhulpprogramma’s			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
8.1	De langdurige deelname aan programma’s van de Anonieme Alcoholisten kan voor sommige patiënten een doeltreffende strategie zijn om zich te onthouden van alcohol.	**B**	**II**
8.2	Een assertieve doorverwijzing naar de Anonieme Alcoholisten verhoogt de deelname en verbetert de resultaten.	**A**	**I**
8.3	SMART Recovery® kan een doeltreffend zelfhulpalternatief zijn voor de Anonieme Alcoholisten om het alcoholgebruik te verminderen.[4]	**D**	**IV**
8.4	Zelfhulpgroepen voor gezinnen kunnen ondersteuning bieden aan mensen die te maken hebben met alcoholafhankelijke personen.	**D**	**IV**

[4] *nvdr: specifieke Australische context.*

Specifieke bevolkingsgroepen: adolescenten en jongeren			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
9.1	De NHMRC-richtlijnen bevelen aan dat geen alcohol drinken de veiligste optie is voor kinderen en jongeren onder de 18 jaar.[5]	**D**	**IV**
9.2	Screening en een korte interventie voor tabak-, alcohol- en ander druggebruik moeten op geregelde tijdstippen gebeuren. Binge drinking (comazuipen) en het gelijktijdige gebruik van meerdere drugs komen in de regel voor bij adolescente probleemdrinkers.	**D**	**IV**
9.3	Een brede medische en psychosociale voorgeschiedenis is vereist om op een doeltreffende manier met jongeren te kunnen werken.	**S**	**-**
9.4	Engagement en therapeutische relaties vereisen een begrip van de ontwikkeling van adolescenten en een passende aanpak die inspeelt op hun cognitieve vaardigheden en ontwikkeling.	**S**	**-**
9.5	Korte interventies kunnen geschikt zijn voor sommige jongeren die overmatig drinken en/of alcoholgerelateerde nadelen ondervinden.	**A**	**Ia**
9.6	Het is gebleken dat motivationele interviews, cognitieve gedrags- en gezinstherapieën voordelen opleveren om alcohol- en druggebruik en andere daarmee samenhangende nadelen te verminderen.	**A**	**Ia**
9.7	Er is maar een beperkt bewijs van de rol van farmacotherapieën voor de vermindering van alcoholgebruik bij adolescenten.	**B**	**II**
9.8	Bij adolescenten die alcohol drinken, kunnen een aantal psychosociale crisissen voorkomen. In die gevallen moet worden teruggegrepen naar hulpverlening en crisisinterventies.	**D**	**IV**
9.9	Geestelijke gezondheidsstoornissen, waaronder depressies, zelfmoordideeën, angstgevoelens,	**D**	**IV**

[5] *nvdr: specifieke Australische context. Vlaamse richtlijnen: http://www.vad.be/media/42975/richtlijbnen_voor_aanvaardbaar_alcoholgebruik_definitie%20bingedrinken.pdf*

seksueel misbruik en antisociaal gedrag, komen zeer geregeld voor bij jongeren met alcohol- en andere drugsproblemen en moeten in het behandelingsplan worden aangepakt.

Specifieke bevolkingsgroepen: zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
9.10	Vrouwen die zwanger zijn of zouden kunnen worden, moeten op de hoogte worden gebracht van de nieuwe NHMRC-richtlijnen, die aanbevelen om geen alcohol te drinken. Clinici die advies geven aan zwangere vrouwen, moeten zichzelf vertrouwd maken met de risicoanalyse die in die richtlijnen wordt beschreven. Vrouwen die weinig alcohol drinken (minder dan één standaardglas per dag zonder dronkenschap) mogen ervan worden verzekerd dat er geen consistent bewijs bestaat dat dit schadelijk is.[6]	**S**	**-**
9.11	Vrouwen die borstvoeding geven, moeten op de hoogte worden gebracht van de huidige NHMRC-richtlijnen[7], die aanbevelen om geen alcohol te drinken. Indien een vrouw toch wenst te drinken, is het aangeraden om borstvoeding te geven vóór ze alcohol drinkt. Anders moet worden gewacht tot het alcoholpeil terug nul is (één uur per gedronken standaardglas alcohol) alvorens opnieuw borstvoeding te geven. Het is niet nodig om daarvóór melk af te kolven of weg te gooien.	**S**	**-**
9.12	Korte interventies zijn aanbevolen tijdens de zwangerschap, indien aangewezen ook voor de partner. Een opvolgingsevaluatie van de respons op de interventie is belangrijk.	**B**	**II**
9.13	Indien een vrouw tijdens de zwangerschap verschijnselen van dronkenschap vertoont, is het aanbevolen om haar in het ziekenhuis te laten opnemen om de veiligheid van de foetus en van de moeder na te gaan, een uitgebreide evaluatie te maken en de zorg te plannen.	**D**	**IV**
9.14	Alcoholontwenningsverschijnselen tijdens de zwangerschap moeten in een algemeen ziekenhuis worden behandeld, idealiter in een materniteitsafdeling voor aanstaande moeders met	**S**	**-**

[6] *nvdr: specifieke Australische context*.

[7] *nvdr: specifieke Australische context*.

	een hoog risico, in overleg met een team dat gespecialiseerd is in druggebruik tijdens de zwangerschap. Indien nodig kan diazepam worden gegeven om de ontwenning onder controle te houden. In het ziekenhuis moet worden begonnen met voedingsinterventie, met inbegrip van parenterale thiamine, folaatvervanging en de evaluatie van andere supplementen.		
9.15	Vrouwen die tijdens de zwangerschap ernstige alcoholproblemen (en/of andere, drugsproblemen) hebben, moeten worden opgenomen in een aangepast ziekenhuis, om hun toestand te stabiliseren, een uitgebreide beoordeling uit te voeren en de zorg te plannen.	**S**	**-**
9.16	Een assertieve opvolging is aanbevolen voor prenatale zorg, de behandeling van middelenmisbruik, welzijnssteun en kinderbescherming.	**S**	**-**
9.17	Farmacotherapie om alcoholontwenning in stand te houden, kan tijdens de zwangerschap niet worden aanbevolen, omdat de gegevens over de veiligheid van die behandeling onvoldoende zijn.	**S**	**-**
9.18	Assertieve prenatale zorg, met inbegrip van de opvolging van de groei en de gezondheid van de foetus, is aanbevolen.	**S**	**-**
9.19	Het beheer van zuigelingen met neonatale symptomen van alcoholontwenning moet gebeuren in overleg met een gespecialiseerde afdeling.	**S**	**-**
9.20	Zuigelingen die zijn geboren nadat hun moeder tijdens de zwangerschap regelmatig alcohol heeft gedronken, moeten zorgvuldig worden onderzocht op foetale alcoholspectrumstoornissen door een pediater die op de hoogte is van de voorgeschiedenis van de moeder; er moet een opvolging worden verzekerd door geschikte specialisten.	**S**	**-**
9.21	Een beoordeling van de gezinseenheid is van essentieel belang om het middelengebruik bij vrouwen te verminderen. De interventie moet zich tot de volledige gezinseenheid richten om het alcoholgebruik te verminderen.	**S**	**-**

9.22	Autochtone vrouwen moeten naar cultureel geschikte klinische diensten worden doorverwezen.[8]	**D**	**IV**
9.23	Een omvattende beoordeling van de geestelijke gezondheid is een essentieel onderdeel van een geïntegreerd zorgplan voor zwangere vrouwen met een alcoholprobleem.	**S**	**-**

[8] *nvdr;specifieke Australische context.*

Specifieke bevolkingsgroepen: ouderen			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
9.31	Ouderen moeten gescreend worden op alcoholgebruik en de daarmee verbonden nadelen (zoals trauma, verergering van bestaande ziekten, wisselwerking tussen verschillende geneesmiddelen, geweld of fysieke verwaarlozing) en dit door een hele reeks van settingsomgevingen die gezondheids- en welzijnsdiensten aanbieden.	**D**	**IV**
9.32	Kortdurende interventies moeten worden gebruikt voor ouderen die riskant drinkgedrag vertonen of te maken krijgen met alcoholgerelateerde risico's (bijvoorbeeld vallen, ongeschiktheid om een voertuig te besturen, wisselwerkingen tussen geneesmiddelen).	**A**	**Ia**
9.33	Een tegelijk voorkomende lichamelijke of geestelijke aandoening, medicatie, sociale omstandigheden en functionele beperkingen moeten in aanmerking worden genomen bij de evaluatie van ouderen die drinken.	**D**	**IV**
9.34	Abstinentie kan gepaard gaan met duidelijke verbeteringen van de lichamelijke, geestelijke en cognitieve toestand. Anderzijds kan alcoholgebruik ook een onderliggende ziekte hebben gemaskeerd. Bijgevolg moeten de ernst en de behandeling van de begeleidende lichamelijke en geestelijke toestand verscheidene weken tot maanden nadat met drinken werd gestopt worden opgevolgd.	**D**	**IV**
9.35	De behandeling van ontwenningsverschijnselen bij oudere alcoholafhankelijke personen vereist derhalve een strikte opvolging, voedingssupplementen, een zorgvuldig gebruik van sedatieve medicatie en de aanpak van comorbide stoornissen.	**S**	**-**

9.36	Wanneer geneesmiddelen worden voorgeschreven aan oudere alcoholafhankelijke personen, dient zeer voorzichtig tewerk te worden gegaan. Voor de behandeling van alcoholontwenning dient de voorkeur te worden gegeven aan kortwerkende benzodiazepines (bijvoorbeeld oxazepam of lorazepam) veeleer dan aan langwerkende benzodiazepines (als diazepam).	**D**	**IV**
9.37	Psychologische en farmacologische behandelingen moeten worden afgestemd op de lichamelijke, cognitieve en geestelijke gezondheid van oudere patiënten.	**D**	**IV**

Specifieke bevolkingsgroepen: patiënten met een cognitieve beperking			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
9.38	Een korte assessment van de cognitieve functies zou standaard moeten worden uitgevoerd wanneer een patiënt met een behandeling begint.	**S**	**-**
9.39	Een meer gedetailleerde diagnose en functionele beoordeling zouden moeten worden uitgevoerd wanneer een korte assessment heeft aangetoond dat een patiënt een aanzienlijke cognitieve stoornis heeft.	**S**	**-**
9.40	Er moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat de cognitieve functies verbeteren door een voldoende lange periode van abstinentie in te lassen vooraleer een definitieve behandelplanning op te stellen.	**D**	**IV**
9.41	Wanneer een verslechtering van de cognitieve functies is bevestigd, moet aan de patiënten concrete informatie worden gegeven en moet hen de kans worden geboden om de gedragingen in te oefenen die hen tijdens de behandeling werden aangeleerd.	**B**	**II**
9.42	Clinici moeten de patiënten met een cognitieve beperking bij de behandeling betrekken door hen informatie te geven over de behandeling, de diverse behandelingsopties te bespreken en in contact te blijven met de patiënten.	**S**	**-**
9.43	Patiënten met een cognitieve beperking moeten op de hoogte worden gebracht van de mogelijke strategieën om een terugval te vermijden.	**D**	**IV**

Aanpak van patiënten met alcoholgerelateerde lichamelijke comorbiditeit			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
10.1	Een uitgebreide beoordeling is aangewezen voor patiënten met een lichamelijke comorbiditeit die verband houdt met alcohol, aangezien een meervoudige pathologie hier de regel is.	**A**	**I**
10.2	Abstinentie is aanbevolen voor personen met een lichamelijke comorbiditeit die verband houdt met alcohol, tenzij er een milde en omkeerbare pathologie aanwezig is. Vooral pancreatitis kan terugkeren na één enkele alcoholische drank.	**D**	**IV**
10.3	Een veelomvattende behandeling dient opgenomen te worden door een clinicus met ruime ervaring of in nauwe samenwerking met een gespecialiseerd multidisciplinair team..	**S**	**-**

Beheer van comorbide geestelijke en alcoholgerelateerde stoornissen			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
10.4	Patiënten met dubbelediagnoseproblematiek moeten voor beide stoornissen worden behandeld.	**A**	**Ib**
10.5	Voor dubbelediagnose patiënten zijn er intensievere interventies nodig, aangezien deze populatie meestal meer beperkingen vertoont en een slechtere prognose heeft dan personen met één enkele pathologie.	**B**	**I**
10.6	De AUDIT wordt aanbevolen voor de screening van bevolkingsgroepen met psychiatrische problemen.	**A**	**Ib**
10.7	Het assessment van comorbide stoornissen moet gebeuren nadat het ontwenningssyndroom van de patiënt verminderd is, aangezien een aantal angst- en depressiesymptomen kunnen afnemen nadat het alcoholgebruik is verminderd of gestopt.	**B**	**II**
10.8	Comorbide stemmings- en angststoornissen die niet afnemen binnen de 3 tot 6 weken na de alcoholontwenning moeten worden behandeld met een geïntegreerde/gelijktijdige cognitieve gedragstherapie voor de comorbide stoornis.	**B**	**II**
10.9	Cognitieve gedragstherapie, gedragstherapie, cognitieve therapie en interpersoonlijke therapie moeten worden overwogen voor de behandeling van patiënten met een dubbelediagnoseproblematiek wegens hun aangetoonde doeltreffendheid in alleenstaande pathologie.	**B**	**Ib**
10.10	De integratie van een psychosociale behandeling voor stemmingsstoornissen en psychoses met een psychosociale behandeling voor stoornissen in alcoholgebruik kan voordelig zijn voor de behandeling van patiënten met een dergelijke comorbiditeit.	**D**	**IV**
10.11	Selectieve antidepressiva die dienst doen als serotonineheropnameremmers zijn niet aanbevolen als primaire therapie om het alcoholgebruik te verminderen bij patiënten met comorbide stemmings- of angststoornissen.	**B**	**II**

10.12	Benzodiazepines zijn niet aanbevolen voor de behandeling van comorbide angstgevoelens bij patiënten met stoornissen in het gebruik van alcohol wegens het grote risico van afhankelijkheid en de potentiële synergistische wisselwerking met alcohol.	**S**	**-**

Behandeling bij het gebruik en de afhankelijkheid van meerdere drugs			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
10.13	Alle patiënten met stoornissen in alcoholgebruik moeten worden gescreend op het gebruik van andere middelen met behulp van hoeveelheid- en frequentieschattingen of door middel van gestructureerde screeningsinstrumenten zoals de vragenlijst ASSIST.	**D**	**IV**
10.14	Polydrugafhankelijkheid wordt typisch in verband gebracht met hogere niveaus van lichamelijke, psychiatrische en psychosociale comorbiditeit die in een veelomvattend behandelingsplan moeten worden aangepakt.	**D**	**IV**
10.15	Het gebruik van andere drugs kan worden beïnvloed door de stopzetting of de vermindering van het alcoholgebruik en behandelingsplannen moeten het gebruik van alcohol en andere drugs gelijktijdig aanpakken.	**D**	**IV**
10.16	Patiënten die een ontwenningskuur voor meerdere drugs volgen, moeten van nabij worden opgevolgd, hebben een grotere psychosociale zorg en een toename van de medicatie nodig. Er moet overwogen worden om het advies van een specialist in te winnen.	**D**	**IV**
10.17	De voorkeur wordt gegeven aan vaste doseringsschema's van diazepam voor het beheer van de alcoholontwenning in de context van andere ontwenningskuren voor drugs, waarbij de doseringsschema's regelmatig opnieuw moeten worden bekeken. Beoordelingsschalen voor alcoholontwenning (zoals CIWA-Ar) moeten zorgvuldig worden geïnterpreteerd bij patiënten die een ontwenningskuur voor meerdere drugs volgen en mogen niet worden gebruikt om de medicatie te bepalen.	**D**	**IV**

10.18	Patiënten die afhankelijk zijn van alcohol en benzodiazepines of opioïden moeten worden gestabiliseerd door middel van vervangingsgeneesmiddelen terwijl ze aan een alcoholontwenningskuur bezig zijn.	**D**	**IV**

Nazorg en opvolging op lange termijn van de patiënten			
		Sterkte van de aanbeveling	**Niveau van evidentie**
11.1	Nazorg is aanbevolen na een intensief behandelingsprogramma als onderdeel van een uitgebreid behandelingsplan dat rekening houdt met de mogelijkheid van een terugval.	**D**	**IV**
11.2	Er moet een reeks van klinische strategieën worden gebruikt om de alcoholgerelateerde schade te beperken bij personen die stevig blijven drinken en zich tegen een behandeling blijven verzetten. Dit omvat een aanpak van de medische, psychiatrische, sociale en medisch-juridische aangelegenheden, het behoud van sociale ondersteuning en het faciliteren van de vermindering van het alcoholgebruik.	**D**	**IV**